SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 15 y 13 minutos)

La Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores da la bienvenida a la delegación de la Red Nacional de Centros de Reeducación y Rehabilitación Interdisciplinaria. Les adelantamos que algunos de nosotros ya hemos sido alertados sobre la problemática que están viviendo y a la cual se van a referir.

SEÑORA BENTANCOR.- Ante todo, muchas gracias por recibirnos.

Quiero aclarar que estuvimos aquí el día 6 de noviembre próximo pasado, cuando planteamos la situación por la que estábamos atravesando. En este tiempo hemos realizado una serie de movilizaciones y efectuado varias consultas a diferentes niveles, pero sentimos que hemos avanzado muy poco con respecto a nuestra preocupación de aquel momento. Por eso hemos vuelto: para ver qué alternativas existen y qué soluciones podemos encontrar.

Cuando concurrimos la vez anterior, la situación era que a partir del 1º de enero se suspenderían los servicios, específicamente, para los niños que ingresaban al FONASA, por estar afiliados a una mutualista. Sobre fin de año se obtuvo una prórroga por parte del Banco de Previsión Social hasta el 30 de junio. Durante este período no ha habido avances importantes con respecto a lo que planteamos en aquel momento, como por ejemplo, evaluación de calidad del servicio y alternativas de continuación a partir de esa fecha. Como fruto de la movilización, se logró una nueva prórroga hasta el 31 de diciembre, pero eso de ninguna manera garantiza la continuidad de los servicios ni el mantenimiento de los centros; las prórrogas sólo permiten que continúen siendo atendidos los niños que ya lo están siendo.

A fin de año hubo niños a quienes se les dio el alta -como corresponde- y en estos meses va a ocurrir lo mismo con otros. Entonces, lo que se está haciendo es prolongar una agonía, porque podemos seguir trabajando con los niños que ya están, pero con la enorme inseguridad que nos genera haber llegado a fines de abril sin saber qué pasará después del 30 de junio, lo que es sumamente desestabilizador para las instituciones, para los trabajadores y para las familias.

Con la prórroga que hemos logrado se mantienen los servicios hasta fin de año, pero no está habiendo ingresos, o prácticamente no se están viendo. Por otro lado, en general, los niños que están siendo atendidos en mutualistas no pueden acceder a los servicios porque muchas de ellas no tienen cobertura integral, y las que la tienen, a veces los brindan -depende mucho de cada institución- por ejemplo, en algunas áreas y en otras no, o lo hacen con costo, o por períodos acotados, y muchas veces con largas listas de espera.

A pesar de que creemos que la creación del FONASA tiene muchos aspectos positivos, hay un grupo de población que a partir de la Resolución Nº 150 del año pasado del Banco de Previsión Social se está quedando sin prestaciones. Entonces, por un lado, hay niños que lo necesitan y se están quedando sin el servicio y, por otro, centros instalados con capacidad para brindar la atención correspondiente que van quedando sin usuarios. Nos parece, pues, que esto genera una situación que requiere una solución urgente. La prórroga que tenemos por delante no da cuenta del problema: no permite que los niños sean atendidos, ni que los centros puedan mantenerse efectivamente. Algunos centros ya cerraron a fin de año y otros están teniendo muchas dificultades ya que, por ejemplo, a la hora de renovar contratos, no se sabe sobre qué base se lo hará, entre otras cosas porque hasta hace menos de un mes -concretamente, hasta el 23 de abril- la fecha límite para financiar la atención era el 30 de junio.

Como decía, creemos que esta situación necesita una solución bastante urgente y deberá pensarse en alternativas, no sólo por lo que hace a la calidad de atención de estos chicos, que la necesitan, sino también para que no se pierda un proyecto de trabajo que costó mucho construir -

varios centros de todo el país se encuentran en esta situación- y que esperamos que no se termine destruyendo a partir de estas decisiones del Banco de Previsión Social.

SEÑORA PERZTEL.- A modo de presentación digo que soy maestra y que también participé de la sesión del 6 de noviembre.

Releyendo los motivos de la resolución de extensión hasta el 31 de diciembre observo que, según se decía, apuntaban a analizar la eficiencia y eficacia del sistema actual, la calidad del servicio, el contenido, el alcance y los costos asociados, teniendo como centro al beneficiario. Esos también eran los motivos de la resolución de extensión hasta el 30 de junio y nosotros consideramos que, en realidad, han sido muy pocos los aspectos en los que se ha podido avanzar.

No entendemos cómo es posible conocer la calidad del servicio, el contenido, el alcance y los costos asociados, si lo único que hace el Banco de Previsión Social es pedirnos algunos datos administrativos. Siempre hemos planteado que se realizaran inspecciones en los centros, habida cuenta de que de ellas podrían surgir elementos que permitieran conocer la calidad del servicio y realizar la comparación necesaria entre la atención que podría brindarse a través del mutualismo y la atención interdisciplinaria que nosotros estamos ofreciendo. Para eso hay que conocer profundamente los servicios que se prestan; por lo tanto, eso no se puede lograr si lo único que se hace es una evaluación administrativa. Quizás los tiempos han sido breves y es cierto que conocer el funcionamiento de un equipo multidisciplinario requiere de mucho tiempo, pero ocurre que las clínicas, los centros de rehabilitación, no cuentan con ese tiempo y se están hundiendo por un tema económico, ya que la situación financiera es cada vez más difícil.

Como decía la compañera Ana Bentancor, nosotros no podemos sostener algo de calidad si no es posible decir a un compañero si va a trabajar todo el año o no; en realidad, le podemos decir que va a trabajar hasta el 30 de junio, que quizás pueda hacerlo hasta diciembre y que no se sabe si lo hará el año que viene. La inseguridad en la que nos encontramos está redundando en la calidad de la prestación, que se ha visto desmejorada a pesar de un esfuerzo brutal que estamos tratando de realizar. Es imposible sostener esta tarea si no sabemos por cuántos niños vamos a cobrar, si cobraremos o no por complementaria, o si entraron todos los niños. O sea que a pesar de que estamos brindando el servicio, a veces no tenemos la seguridad de cuándo se va a cobrar. Así, pues, es muy difícil poder sostenernos; en lo personal, creo que es injusto vivir en la inseguridad laboral.

SEÑORA BENTANCOR.- Quisiera agregar una puntualización a lo que expresaba la compañera. Nosotros sentimos que, además de esta situación general que planteamos, hay una actitud planteada desde el Banco de Previsión Social que contribuye a la destrucción del servicio. Como recordarán, el año pasado el BPS había planteado una prórroga hasta el 30 de junio, pero en los tratamientos que se siguieron como prórrogas autorizadas, nuevamente hubo que hacer los trámites -eso podía ser posible- y los pagos se fueron dilatando y complejizando más que en años anteriores. Por este motivo, algunas instituciones recién en mayo pudieron cobrar por primera vez por niños que ya venían siendo atendidos y cuyos trámites ya estaban hechos.

Hago este comentario para que entiendan la dimensión que la situación tiene para los servicios. Muchos de nosotros hemos estado trabajando gratuitamente todo este tiempo, con el enorme esfuerzo que implica para los centros mantenerse y para nosotros estar varios meses sin cobrar. Hay que aclarar que, en muchos casos, los pagos se han dificultado desde el propio Banco de Previsión Social.

Pensamos que es bueno comentar estas situaciones, porque nos parece que hay toda una línea sistemática de hostigamiento que, por otra parte, no es la misma que tienen otros actores o que se da en otros ámbitos de Gobierno. El Ministerio de Salud Pública ha sido muy claro en cuanto a que estas prestaciones son necesarias, y si bien hay que hacer algunas correcciones -tal como planteaba la doctora Muñoz en el Consejo de Ministros celebrado en Rosario- el servicio se puede mantener dos años como mínimo para luego ver qué cambios hay que introducirle, pero partiendo de la base de que es válido. Además, hace pocos días tuvimos una entrevista con el Ministro Bonomi, quien nos decía que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social acompaña la postura de Salud Pública. Entonces, sentimos que hay una gran contradicción entre lo que son las posturas del Poder Ejecutivo -donde

deben definirse las políticas- y las del Directorio del Banco de Previsión Social -o de algunos de sus Directores- que es el que están generando esta situación.

Nos parece importante trasladar la situación a este ámbito, porque nosotros somos rehenes de esta conflictiva.

SEÑORA GUTIÉRREZ.- También en mi caso integro la Red Nacional de Centros de Reeducación y Rehabilitación.

Debo decir que hemos redactado un exhaustivo informe, que entregaremos a los integrantes de la Comisión, en el que se han incluido una gran cantidad de detalles. Este informe sirve de base para el análisis de la situación, pues hay muchos aspectos delicados que se prestan para serios malentendidos. De alguna manera, a través de él intentamos analizar el modelo de atención, pues aquí se mezclan algunas cosas en cuanto a lo que es el modelo estratégico de atención desde el punto de vista disciplinario, con la estrategia de atención que se brinda por medio del Banco de Previsión Social. Por ejemplo, se plantean aspectos que tienen que ver con el marco interdisciplinario, otros que refieren al tipo de alteración y la cobertura que ofrece el Banco de Previsión Social, y otros que se relacionan con los distintos modelos de atención.

En este punto es necesario decir que hay una confusión importante. En general, cuando el Banco de Previsión Social se refiere a nuestras organizaciones, alude a un modelo de atención que es el que aparece como Modelo 1 en el informe que acabamos de entregar a los señores Senadores, que tiene que ver con aquellas discapacidades más severas, que se tratan en un régimen escolarizante. De acuerdo con este modelo, los niños asisten en forma grupal, con una maestra y con una atención integral, pero que no es la misma que se logra cuando existen tratamientos especializados e individualizados. En definitiva, este modelo coloca todos los casos en una misma bolsa; por esa razón, en el informe al que me estoy refiriendo se procura aclarar en qué consisten los dos modelos de atención diferenciados.

Quizás resultaría útil que diera lectura, por lo menos, a la parte del informe donde se explican los modelos a que he hecho referencia. Concretamente, el informe dice así: “El BPS a través de las AYEX cubre modalidades diferentes de abordaje de acuerdo al tipo de alteración y a los requerimientos específicos de cada caso.

Modelo 1- Por una parte un modelo de atención dirigido a discapacidades severas para niños que acceden a la pensión por discapacidad, caracterizado por un perfil educativo de estructura escolar, realizado en forma grupal y con una frecuencia diaria y un horario extenso. Se trata de institutos con una impronta educativa, asistencial. El período de atención en esta modalidad abarca todo el período preescolar, escolar y gran parte de la adolescencia”. Esto significa que se trata de institutos tipo escuela.

El Modelo 2 se describe de la siguiente forma: “Por otra parte un modelo de atención clínico-educativo interdisciplinario, con una impronta neuropsicológica y psicopedagógica que cubre a una población que no accede a pensión. Atiende las Dificultades de aprendizaje y las alteraciones del desarrollo de acuerdo a los diferentes requerimientos que exigen estas patologías: proceso diagnóstico, recomendaciones terapéuticas, interconsultas, desarrollo de estrategias de atención individualizada, atención a la familia, contacto y orientación a las instituciones educativas formales a las que asisten los niños y niñas. El período de atención en esta modalidad es en líneas generales entre dos y cuatro años. En los casos más severos y puede durar meses en casos menos severos”.

Con respecto a esto, queremos aclarar que las modalidades a veces son complementarias -los niños pueden ser atendidos en función de ambas- y, además, que cuando hablamos de la red de centros estamos haciendo referencia, fundamentalmente, a los que atienden en el Modelo 2. Nuestros centros, que están nucleados y cuyos representantes hemos venido a esta Comisión, atienden mayoritariamente en el Modelo 2 y no en el Modelo 1, aunque no en régimen de exclusividad. El Modelo 1 abarca a unos 10.000 niños que tienen pensión por discapacidad, y el Modelo 2 comprende a 4.500 niños que no reciben dicha pensión. Este aspecto es parte de un tema teórico, de definición de la

discapacidad. Por ejemplo, se puede discutir si la dislexia es o no una discapacidad. En lo personal, contrariamente a lo que se establece en líneas generales, pienso que la dislexia constituye una discapacidad porque, de acuerdo con su definición, puede ser considerada una discapacidad parcial que limita en una medida importante -nada menos que en lo que tiene que ver con los procesos de lectura y escritura- la inserción social y cultural de los niños. De todos modos, está claro que decir que un disléxico es un discapacitado es establecer un sello muy pesado.

Creo que estos aspectos involucran temas de distinta índole, pero tampoco es cuestión de afirmar que la dislexia es simplemente un problema escolar; en realidad, es un problema genético que tiene que ver con aspectos de diagnóstico médico-neurológico que se manifiesta en la cultura y en el desempeño de los aprendizajes académicos, y que limita en gran medida el desarrollo de la persona en todos los ámbitos. En definitiva, se trata de un problema de salud, y también educativo, muy complejo.

Aclaro que estoy hablando de la dislexia como paradigma de este tipo de trastornos y quiero destacar que esa es la población a la que se dirige nuestra atención.

Como ya he dicho, el informe es largo, pero igualmente me gustaría leer la última parte, en la que se plantean algunos puntos que queremos enfatizar. Si los señores Senadores me permiten, voy a dar lectura a la parte del informe que se titula “Algunas precisiones estratégicas”, y dice lo siguiente: “Luego de esta exposición informativa contextualizadora pasamos a realizar algunas precisiones y enfatizar algunos aspectos que resultan estratégicos.

1. La Red Nacional de Centros de Reeducación y Rehabilitación nuclea centros que atienden fundamentalmente (no siempre exclusivamente) a los niños del modelo 2 antes descripto.

2. Cuando el Directorio del BPS plantea una prórroga se refiere” -aunque esto suene reiterado, voy a repetirlo- “a la continuación de los tratamientos en curso”, suspendiéndose todos los nuevos, “No otorgándose nuevas solicitudes ya desde el 2007. Se ha generado desde entonces un clima de mucha incertidumbre respecto a la continuidad o no de los tratamientos y al sostenimiento de estas fuentes de trabajo.

3. La Red de centros acuerda con la necesidad imperiosa de construir protocolos, pautas de atención e instrumentación de mecanismos de control de calidad, lo cual va en beneficio de todas las partes en juego”, y esto nos incluye a nosotros también. “Pensamos, no obstante que no se trata simplemente de una coordinación jerárquico institucional sino que además requiere de equipos de alta especialización y experiencia en los temas específicos. Si bien las apuestas deben ser interinstitucionales no siempre los organismos cuentan con los equipos técnicos ni con las pautas establecidas a priori”.

A nosotros nos genera preocupación el camino a recorrer para poder instrumentar estos mecanismos de control. Si bien en este informe el tema está explicado, quiero hacerlo verbalmente, porque me parece importante hacer énfasis en esto. Nuestro país ha sido pionero en América Latina en cuanto a la neuropsicología y nuestros trabajos son reconocidos internacionalmente; hemos avanzado mucho disciplinariamente en estos temas y las carreras que especializan a los técnicos que están en torno a esta problemática -ya sea los psiquiatras infantiles, neuropediatras, psicólogos, fonoaudiólogos y psicomotricistas- adquieren una formación neuropsicológica completa e importante, porque en este momento no somos más ayudantes del médico, sino que estas carreras se han convertido en independientes, teniendo autonomía tanto en los aspectos de diagnósticos y tratamiento, como en el alta de los niños. ¿Qué es lo que sucede? Que la atención de estas dificultades no ha estado a la altura de la capacitación, y como no hay lugares donde los egresados de las carreras especializadas puedan brindar estos servicios, la oportunidad del Banco de Previsión Social ha permitido que los especialistas se fueran nucleando en nuestros centros. Hay poca gente realmente especializada fuera de los centros, y tanto médicos como técnicos están incluidos en esta modalidad, porque la modalidad interdisciplinaria es la que, por definición, funciona.

Es importante aclarar que cuando se hacen estas coordinaciones interinstitucionales -que nosotros celebramos altamente, ¡si habremos hablado de la necesidad de las coordinaciones

interinstitucionales para su abordaje y para las apuestas!- en el momento de definir protocolos y la calidad de estos servicios, así como al ver cuáles son las necesidades, es importante llegar a un perfil académico que no se encuentra en las grandes instituciones. Nosotros no decimos que seamos exclusivos, pero sí podemos aportar para eso.

El informe continúa expresando: "Por tanto resulta estratégico tener en cuenta la experiencia capitalizada por dichos centros en el momento de protocolizar un modelo de diagnóstico y atención. Creemos que sería posible que la Red participara en dicha instrumentación sin perjuicio de que la misma sea avalada por los ámbitos universitarios y académicos así como por las asociaciones profesionales etc.

El camino inverso creemos que resulta un camino complejo, largo y poco operativo, de acuerdo a la urgencia y las necesidades en juego.

4. En los meses que lleva en curso la resolución Nº 150 hemos podido constatar que los niños a los cuales se les ha negado la ayuda no están recibiendo los tratamientos apropiados, volándose de este modo los derechos de los usuarios de la Salud en un momento en que por el contrario se propugna la protección en todos los niveles, incluyendo la rehabilitación.

A nuestra consulta asisten padres con intención de atender a los niños en forma particular. El resultado es que acceden a los tratamientos aquellos niños cuyos padres pueden costear los tratamientos, mientras que los otros no acceden ni a los costos que establece el mutualismo por tratamientos parcializados desconexos y/o superpuestos".

Aclaro que estos costos se suman. Por ejemplo, el otro día concurrió al Centro una mamá -perteneciente al servicio doméstico- con dos niños con dificultades, que deben ser sometidos a tres tratamientos cada uno. Como el costo aproximado de cada tratamiento es de $ 500 y, además, se deben realizar en lugares diferentes -lo cual implica traslado- es claro suponer que los niños no serán atendidos. Este tipo de situaciones se dan permanentemente y, realmente, lo que a nosotros nos preocupa es toda la población que queda fuera del sistema.

Precisamente, en este momento se están instrumentando planes nacionales, de forma de poder abarcar las dificultades de aprendizaje de aquellas poblaciones más vulnerables, lo cual celebramos totalmente. Además, los hijos de quienes tengan posibilidades económicas también podrán ser asistidos en estos centros de manera particular. En función de esto, entonces, quienes quedan sin atención son los niños de esa población que atendemos ahora y que tipificamos en el informe. Concretamente, se trata de niños pertenecientes a familias de trabajadores de bajo poder adquisitivo -algunos de los cuales faltan a fin de mes porque no tienen dinero para el boleto- cuyos padres -en su mayoría- privilegian su educación, por lo que, pese a sus dificultades -como el pago de la locomoción, el traslado con hijos menores, etcétera- se comprometen con los tratamientos. Esta es nuestra experiencia de quince años, con algunas excepciones. De todas formas, queremos decir que hay padres que no llegan a los centros porque no se trasladan o no concurren con sus niños, pero hacen enormes sacrificios para brindarles atención.

Otro punto a destacar es el relativo a los perfiles de niños y a los tipos de patología que se resuelven positivamente -por lo menos en un número importante- logrando el acceso al sistema educativo formal y manteniéndose en él. A estos niños debemos apostar porque mejoran, salen adelante y, aunque se trata de una pobreza digna, los padres ayudan a los centros como una forma de posibilitar la inserción escolar. Es, pues, una población eje en el momento de priorizar acciones hacia la infancia que posibiliten la movilidad social y la inserción académica, social y laboral de estos sectores.

Si bien lo que hacen los centros resulta invisible, su acción tiende a evitar el rezago escolar, al igual que otros muy importantes esfuerzos, entre los que podemos citar el del Programa de Maestros Comunitarios. En definitiva, lo que estos centros hacen no forma parte de las estadísticas, pero la suspensión de sus servicios puede ocasionar que aumente el rezago escolar y los trastornos de conducta. Creemos que la situación por la que atraviesa la infancia uruguaya en cuanto a las dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo, amerita un gran esfuerzo de parte de las

instituciones afines y con potencialidad de aportar mancomunadamente a la atención y resolución de la misma. Sin embargo, no creemos que en todos los ámbitos involucrados exista una cabal conciencia de la dimensión de la problemática de las dificultades de aprendizaje, de su prevalencia en la consulta psiquiátrica, del rezago escolar en gran parte de los menores infractores, así como tampoco de la importancia de la atención de estas situaciones en la proyección hacia un país progresista.

Por último, quiero decir que estamos de acuerdo con la premisa de no superponer esfuerzos; que nos proyectamos formando parte de la red necesaria; que ese es el tema que nos ocupa; que tenemos potencialidad para aportar; que tenemos experiencia acumulada, infraestructura adecuada y distribución acorde; que queremos ser parte de las reformas en pro de la infancia uruguaya; y que merecemos ser tenidos en cuenta.

Si bien el informe es más extenso, quedamos a las órdenes de los señores Senadores para responder las inquietudes que deseen plantear.

SEÑOR VAILLANT.- Antes que nada, deseo trasmitirles con total seguridad que, desde el momento en que ustedes nos plantearon el problema existente -hace poco tiempo- todos los integrantes de esta Comisión quedamos profundamente sensibilizados. A su vez, queremos decirles que la presencia de ustedes en este ámbito no fue en vano, porque nosotros llevamos adelante algunas gestiones y avanzamos en ese sentido. En función de eso, y en virtud de su anterior comparecencia -que se debió, ni más ni menos que a la preocupación que tenían- realizamos gestiones para saber cuál era la situación. Así fue que convocamos al Directorio del Banco de Previsión Social.

En primer lugar, debemos comprender que un cambio profundo del sistema de salud trae alteraciones y consecuencias. No son ustedes los únicos actores de la salud que se ven complicados, de alguna manera, por la creación del nuevo sistema, ya que en esta misma Comisión tuvimos que discutir sobre la integración de algunos sectores de la salud que no quedaban bien comprendidos en la propuesta del sistema, tal fue el caso de las emergencias móviles o de las medicinas personalizadas, por citar alguno. De manera que, personalmente, soy consciente de la forma en que este nuevo sistema afecta las estructuras de la salud, en la medida en que las remueve totalmente. Esto no debe asustarnos, sino, simplemente, alertarnos y motivarnos a colaborar en la solución de todas estas cuestiones.

Como decía, el planteo realizado en su oportunidad por quienes hoy nos acompañan derivó en una consulta de nuestra parte al Banco de Previsión Social. En la respuesta brindada desde dicha Institución se desarrolla el tema de las ayudas especiales para las personas con discapacidad a partir de esta nueva realidad; a su vez, se plantea todo un plan de trabajo relacionado con el cambio de propuesta para el programa de las Ayudas Extraordinarias (AYEX), y se culmina con una resolución del Directorio por la que se extiende hasta el 31 de diciembre de 2008 la situación existente, sin perjuicio de que antes de ese período puedan irse instrumentando mecanismos por adelantado. Lo importante es que se garantizan los servicios antes de la citada fecha y, obviamente, también después, aunque con la nueva modalidad que todavía no sabemos cómo será, pues está siendo discutida y elaborada en estos momentos.

Por nuestra parte, les entregamos una copia del citado informe -lo hacemos luego de haber consultado al señor Presidente de la Comisión y haber recibido su apoyo- que, en definitiva, constituye el resultado de la gestión que han realizado hasta ahora. A su vez, al enterarme de que hoy nos visitarían nuevamente en este ámbito, me interesó saber si acaso había algún planteo distinto o, en todo caso, nuevos elementos, y se me informó que la novedad era que, si bien estaba asegurada la prestación de estos servicios hasta el 31 de diciembre, eso sería para los casos que ya estaban, pero no así para los nuevos. Esto motivó inmediatamente una nueva consulta, pues apareció un elemento nuevo que, particularmente, no habíamos tenido en cuenta. Es así que acaba de llegar una nueva respuesta, en borrador, y aunque no la he leído en su totalidad, me gustaría adelantar algunos puntos que se plantean, vinculados con el tema de los casos nuevos.

Concretamente, se informa que hay 108 nuevas solicitudes presentadas -es claro que se trata de prestaciones directas a los usuarios- y que 12 de ellas fueron otorgadas por cumplir con la totalidad de los requerimientos, por lo que estaríamos hablando de un 11% aproximadamente. A su

vez, otras 86 solicitudes -una amplia mayoría, casi el 80% del total- fueron devueltas al solicitante, dado que el psicodiagnóstico pertenece al instituto para el cual se está solicitando la ayuda especial, cuando en el formulario y en el procedimiento expuestos es claro que el estudio de diagnóstico debe ser realizado por el prestador de salud del beneficiario y no por el instituto interesado en captar la asistencia.

Esta respuesta podrá ser compartida o no, pero para nosotros es muy válida; se nos está diciendo que un 80% de las nuevas solicitudes no se ajustan a los requerimientos necesarios, porque el psicodiagnóstico viene dado por la institución interesada en que sea aprobada, o sea, la nueva prestadora, y no por el prestador actual del servicio, el que hace la cobertura de salud de la persona en cuestión. Cabe acotar que estas 86 solicitudes no han sido definitivamente rechazadas, sino que se está a la espera de que se aporte la información correcta que debieron contener en el momento de ser presentadas, esto es, un psicodiagnóstico brindado por la institución prestadora del servicio de salud.

Finalmente, se señala que alrededor de un 7% de las solicitudes fue rechazado, por cuanto el prestador de salud del beneficiario brinda la asistencia, pero con el cobro de tiques diferenciales. Se agrega que aún no se ha llegado a una resolución, pero sí se está estudiando la posibilidad de que, en esos casos, el Banco de Previsión Social se haga cargo del pago de los tiques.

Advierto que no es mi intención generar un debate con quienes nos visitan, pero como señalaron que no se había producido ningún avance, me pareció oportuno dejar constancia de que esta Comisión buscó la información pertinente y realizó todas las gestiones que estaban a su alcance frente al Banco de Previsión Social. Seguramente esta nueva comparecencia motivará otros contactos, porque sin duda el tema nos sensibiliza y preocupa. En definitiva, entiendo importante transmitir esta información que tiene que ver con el nuevo planteo que han realizado.

SEÑORA BENTANCOR.- Hemos tenido oportunidad de acceder al documento del Banco de Previsión Social fechado el 25 de abril pero, en principio, aparece como más interesante el informe que acaba de aportar el señor Senador Vaillant. A mi entender, los datos que allí se plantean son preocupantes. Si prestamos atención advertiremos que, de 108 solicitudes, hay 8 que fueron rechazadas porque los servicios -es decir, las mutualistas- en donde eran atendidos los chicos, brindaban la cobertura con un costo. Es muy probable que el número de personas que esté en esa situación sea mucho más alto, reafirmando lo que decíamos hace un rato en cuanto a que a partir de la Resolución N° 150, el Banco de Previsión Social está rechazando el pago de las ayudas especiales a quienes se atienden en una mutualista que impone un costo por la atención. En realidad, esa es la población eje a la que hemos hecho referencia todo el tiempo. Seguramente, los 86 chicos que están en suspenso no se atiendan en el sistema mutual, sino que provienen de Salud Pública o del propio Banco de Previsión Social. El problema de fondo es que a los chicos que ahora tienen mutualista, el Banco de Previsión Social no les está cubriendo la atención, según se desprende de ese documento, en función de la referencia que hace de esos últimos 8 chicos. Se señala que en 86 casos las solicitudes se devolvieron porque las evaluaciones fueron hechas en los propios centros. Considero que sería muy interesante que la evaluación se hiciera en un espacio neutro, pero habría que analizar esos casos. Hasta el año pasado los niños llegaban a los servicios, en la mayor parte de los casos, derivados por los médicos del propio Banco de Previsión Social, del DEMEQUI. Por ejemplo, el neuropediatra o el psiquiatra infantil evaluaban al niño, lo derivaban a un centro y muchas veces le solicitaban un diagnóstico específico en una o varias áreas. A posteriori, analizaban esa información y estaban en condiciones de indicar, o no, un tratamiento. Pues bien; ahora se pide a las familias que el diagnóstico se haga en otro ámbito, pero es probable -habría que investigar a qué se refiere- que no sea fácil acceder a un diagnóstico en el marco de la atención de Salud Pública, porque no necesariamente debe tratarse de un psicodiagnóstico, sino que puede ser una evaluación psicomotriz, un diagnóstico fonoaudiológico, es decir, una serie de estudios que sabemos que no son accesibles en la órbita pública.

Por lo expuesto, está claro que esos datos requieren de un análisis cuidadoso y hasta de una información complementaria del propio Banco de Previsión Social. Como señalé, mi impresión es que se reafirma esta línea de desmantelamiento y no se contempla la situación de los niños que tienen mutualista. A nuestro juicio, el tema no está resuelto.

SEÑORA PERCOVICH.- Quisiera saber qué ha pasado con el DEMEQUI en todo este período, esto es, si está funcionando.

SEÑORA GUTIÉRREZ.- Sigue funcionando, pero no está haciendo derivaciones. Nosotros estamos muy preocupados por el tema. Este año, por ejemplo, el BPS nos pidió que, aparte del informe que enviamos anualmente a los médicos del DEMEQUI -que son nuestros médicos de referencia, que conocen a los niños, que los derivan y que determinan sus diagnósticos- mandáramos los informes a la administración. Así lo hicimos. Según el BPS esos informes iban a ser leídos por personal idóneo, pero sabemos -porque fuimos testigos- que los leen los administrativos, que los comparan con los informes de los médicos y ven si coinciden. Nos han devuelto informes técnicos diciendo que había incongruencias, como por ejemplo que el médico decía que el niño debía continuar siendo atendido por el Instituto porque estaba mejorando y, por otro lado, el Instituto decía que en una de las áreas tenía el alta. Esa es la visión de los administrativos que leen los informes. Nosotros vemos que se está desconociendo a los médicos del BPS que son, como ya dije, los médicos de referencia de los niños. No sabemos con exactitud qué está pasando en el DEMEQUI; la incertidumbre es grande.

Por otro lado, debo decir que cuando los niños llegan a la consulta, las madres nos comentan que en el BPS les dijeron cosas como: “No te conviene”, “Esto se está muriendo”, “Están dejando que se termine”, “Tenés que atenderlo en una mutualista”. Es decir que no llegan a hacer los trámites porque ya en la ventanilla están siendo rechazados y orientados hacia otros lados.

SEÑOR DA ROSA.- Esta situación se enmarca en el proceso de reforma de la salud y, obviamente, hay una etapa que es transitoria, donde se producen los desfases.

Quisiera saber si han recibido de parte de las autoridades alguna seguridad de la fecha en la que se contemplará el proceso y se procederá a hacer la cobertura de los servicios que hoy están señalando como acéfalos. Me parece que la cuestión fundamental es quién atiende a esas personas y qué seguridades hay dentro de una planificación para que ese período de transición sea lo más breve posible.

SEÑORA BENTANCOR.- En realidad no hemos recibido ningún planteo específico con respecto a los plazos. En el Ministerio de Salud Pública se nos dijo que se estaba analizando cuáles eran las prestaciones obligatorias que las mutualistas debían brindar, pero no tenemos ningún cronograma; incluso, las mutualistas están saliendo a los medios a decir que no están en condiciones de prestar los servicios con los montos de la cápita que se paga por niño. Esto no es una consulta pediátrica de una vez cada dos meses, sino que es una atención con una frecuencia alta que, evidentemente, tiene costos más altos y requiere partidas suplementarias.

Nuestro objetivo no es que todo siga como está, pero creemos que en el marco de una reforma puede haber muchos cambios. Eventualmente, podríamos estar trabajando en acuerdo con las mutualistas o con Salud Pública, porque reitero que no decimos que esto deba permanecer igual, pero sí que deben mantenerse los servicios. De hecho no hemos tenido respuesta, los niños están quedando sin atención y nosotros a punto de perder el trabajo.

SEÑOR ANTÍA.- Estas dificultades a que ustedes aluden comenzaron en junio de 2007, es decir, hace prácticamente un año. Quisiera saber si la información que da el Banco de Previsión Social sobre las 108 solicitudes, con sólo 12 aprobaciones, se produce en un año y en todo el país. Al parecer, la información es oficial, pero me llama poderosamente la atención, porque creo que eso queda fuera de todos los porcentajes de casuística existentes sobre el tema. O bien hay una línea, como dicen los integrantes de las asociaciones, o existe una ausencia de atención, lo que es mucho más grave.

SEÑORA GUTIÉRREZ.- Hay una ausencia de atención.

SEÑOR ANTÍA.- Es preocupante que el Banco de Previsión Social diga: “Estamos cumpliendo con 12”. Si se tratara sólo de Florida, otra hubiera sido mi impresión. Días pasados visitaron esta Comisión representantes del Centro Jacobo Zibil, de Florida, quienes nos informaron que atienden a unas

140 personas. Entonces, 12 sería la proporción anual para Florida o Rocha, pero no para el país. Creo, pues, que eso está marcando un gran problema en la atención que se brinda.

SEÑOR VAILLANT.- Quiero aclarar que 108 son las solicitudes que han ingresado a partir del momento en que entra en vigencia el sistema, dentro de este año, pero no tenemos la fecha exacta. De ese total de 108 solicitudes, hay una cifra que me causó mayor impresión cuando leí el documento: un 80% de ellas no cumplía con los requerimientos exactos para ser aprobadas. No lo leí en su totalidad, pero me permito citar una parte, que dice: "Como aspecto innovador" -"innovador", por supuesto, en el marco de la nueva realidad- "pero en el sentido de mejorar la evaluación técnica y evitar el traslado del solicitante al DEMEQUI, la misma se basa" -esto es, la evaluación- "en un formulario donde el médico tratante debe exponer el cuadro clínico que fundamenta el pedido de la ayuda especial". Está diciendo con claridad que, en el marco de la nueva realidad, la solicitud tiene que ser hecha con el diagnóstico del prestador. De acuerdo con este informe, queda claro que el 80% de las 108 solicitudes no recorrió el camino correcto, porque el psicodiagnóstico no está hecho por el prestador, sino por la institución a la que eventualmente iría destinada la ayuda.

SEÑOR ANTÍA.- Quisiera saber si se comunicó a las asociaciones cuál era el procedimiento del trámite.

SEÑORA VÁZQUEZ.- Nunca se nos comunicaron oficialmente las condiciones exactas que deben cumplir en este período los solicitantes de las ayudas especiales. Más allá de eso, hay que decir que la solicitud de llenar un formulario por parte del médico tratante recién se instrumentó en abril de este año. Lo aclaro porque soy una trabajadora administrativa, no técnica, que realiza los trámites frente al Banco de Previsión Social y estoy en permanente contacto con la ventanilla correspondiente de esa Institución.

Advertimos que esto es parte de las acciones de desmantelamiento y de desconocimiento de su propio sistema de salud, porque se trata de un formulario que un administrativo entrega al padre, enterándolo de que tiene derecho a la solicitud de ayuda, para que lo lleve a su médico. Entonces, no se cumple una función seria desde el momento en que esa derivación no se hace como corresponde.

SEÑORA GUTIÉRREZ.- Hay un punto más. El año pasado hubo una modificación admitiendo que los niños pudieran venir derivados por el médico tratante de donde fuera. Ese cambio fue negativo, porque antes los que recibían a los niños eran los médicos del DEMEQUI, que es gente con muchos años de experiencia, que sabe a quiénes derivar y a quiénes no. A partir de ese momento las derivaciones las podía hacer el médico de la policlínica, que no tenía la menor idea de lo que le pasaba al niño, porque no era un neuropediatra ni un psiquiatra infantil, y en caso de que lo fuera, no estaba especializado en dificultades de aprendizaje como el DEMEQUI. Entonces, en lugar de ser algo a favor, esto fue una contra para todos. Por ejemplo, venían a nosotros niños derivados de la policlínica porque la maestra mandaba un informe diciendo que tenían dificultades de aprendizaje, y la doctora lo asentía y redactaba una cartita para que se le brindara el servicio. Ese desconocimiento del DEMEQUI viene desde las resoluciones que se tomaron el año pasado.

SEÑORA XAVIER.- A mí también me llamó mucho la atención lo ocurrido con 86 casos de los 108 citados. Por lo que he visto -y esta documentación acaba de llegar- no existe un período de referencia. No nos queda claro se si trata de un mes, un año o qué.

SEÑOR VAILLANT.- Se dice que finaliza en mayo.

SEÑORA XAVIER.- Sí, se habla del mes de mayo, pero no se expresa cuándo comienza.

Me parece que aquí existe una clara desconexión para que en 86 de 108 casos se haya dado un error burocrático. Otra cosa es decidir si está bien o mal el camino que se hace seguir al formulario y al paciente, que es el que cuenta en todo esto.

Por tanto, quisiera saber si el grado de vinculación de ustedes con la Institución es, a esta altura, nulo.

Por otro lado, pregunto por qué en este momento ustedes no están aprovechando todos los elementos técnicos que podrían brindar para la protocolización y para lograr un sistema de atención de los chiquilines que pueda ser cubierta por otras instituciones. Sin duda, si hay que tratar de seguir universalizando los servicios -y debe haber muchos chicos más a los que atender y más experiencia para darse cuenta de que hay patologías y dificultades en el aprendizaje- debería ser lógico que más chicos tuvieran el beneficio de poder salir de algunos problemas que son reversibles cuando se los encara a determinada altura de la vida. Entonces, quisiera que me dijeran dónde han planteado la posibilidad de integrarse a una mesa de protocolización y de aporte en este tema. ¿En el Ministerio de Salud Pública o en el propio Banco de Previsión Social?

También me gustaría saber si, como Institución, ustedes han sido llamados por el subsector privado para trabajar y hacer un enlace con la atención integral que éste debe brindar. En la medida en que están en red, tal vez ustedes o alguna de las otras instituciones tiene conocimiento de esto. Sin duda, más allá de que hay que mejorar la atención del sector público, el privado también debe ser autosuficiente en este sentido, y quizás ello no pase por tener otros servicios, sino que puede ocurrir que cuenten con los que ustedes brindan.

Además, me pregunto si esa situación no podría deberse a los niveles de ingresos de los familiares, que eventualmente pudieran hacer frente a los copagos del tratamiento.

SEÑORA BENTANCOR.- En cuanto a la pregunta relativa a los vínculos con el Banco de Previsión Social, debemos señalar que desde el mes de agosto del año pasado, a partir de la propuesta que hizo el contador Olesker cuando concurrimos al Ministerio de Salud Pública, planteamos la integración de una mesa de negociación. Reitero que esa fue una propuesta del contador Olesker, quien fue muy claro en esa ocasión y dijo que las alternativas para el mantenimiento de los servicios podían ser muchas. En aquel momento se planteó la posibilidad de que estuviera integrada por el Banco de Previsión Social, los centros y el Ministerio de Salud Pública, pero nosotros queríamos, además, que por los centros estuvieran sus propietarios, los trabajadores y los usuarios -o sea, los padres- para que hubiera un espectro lo más representativo posible. Desde el mes de agosto hasta el momento, en reiteradas oportunidades solicitamos al Banco de Previsión Social espacios de negociación que siempre nos fueron negados. Esto es algo importante, porque creemos que sin mesas de diálogo el problema se está tratando en muchos ámbitos que no son los específicos y no donde realmente corresponde. Ese es el primer punto.

SEÑORA GUTIÉRREZ.- La última entrevista solicitada al Directorio del Banco de Previsión Social fue hace unos quince días, pero recibimos una negativa por parte de la secretaria del señor Ferrari. A la media hora llamó el propio señor Ferrari para decirnos que nos negaba la entrevista y, además, nos dio un rezongo por haber salido en la prensa.

SEÑORA BENTANCOR.- Esa es la respuesta a la pregunta formulada por la señora Senadora: hay una clara falta de espacios de negociación.

Con respecto al vínculo con las instituciones privadas, podemos decir que no ha sido demandado específicamente desde el mutualismo. Aunque no lo sabemos con certeza, puede ser que alguna institución haya establecido contactos con el mutualismo a título individual, pero no es algo que se nos haya planteado colectivamente. De hecho, realizamos un intento para ponernos en comunicación con el Director del Plenario de Mutualistas, pero aún no logramos acceder a esa entrevista. Nuestra expectativa es mantener un intercambio con el sector mutual para conocer su postura y tratar de alcanzar algún acuerdo, lo que constituye uno de los temas pendientes.

SEÑORA XAVIER.- Lo otro que querría saber es si los 8 chicos rechazados no provendrían de hogares donde los ingresos fueran suficientes como para hacer frente a los copagos de un tratamiento. No conocemos los números, pero fueron tan categóricos que formulo la pregunta porque me parece que también hay niños que pueden pagar los servicios.

SEÑORA BENTANCOR.- Es lógico pensar que estos niños no están incluidos en las cifras indicadas, porque si ellos pueden pagar la mutualista, probablemente los padres no hayan demandado la atención

a través del Banco de Previsión Social. En realidad, creemos que hay que analizar las cifras, pero nos parece que lo más probable es que las familias de estos niños hayan decidido contratar los servicios directamente con las mutualistas.

SEÑORA XAVIER.- Quiero aclarar que la pregunta pretendía explorar una visión más, dado que -reitero- fueron muy categóricos. ¿No hay niños a los que les brinden atención, que provengan de hogares donde eventualmente se podría hacer frente a los tiques del servicio en el sector privado? Quizá el tema no sea el de los ingresos, sino la excelencia de los servicios.

SEÑORA PERZTEL.- De pronto podemos invertir la situación y llegar a lo mismo: hay 86 casos que fueron rechazados, quizás, porque algunos de los informes eran de las mismas instituciones que después iban a brindar el servicio. Eso fue lo que entendí.

Voy a explicar la experiencia que he vivido. Yo trabajo en un lugar donde concurre gente de nivel socioeconómico bajo. Esas personas pasan por diferentes evaluaciones -psicológica, pedagógica y psicomotriz- pero no logran acceder a los servicios. Entonces, nos solicitan que les demos una beca para ingresar**.** Consideramos que tenemos la obligación ética de brindar becas y las otorgamos; incluso, muchas veces realizamos los informes -psicológico o el que sea necesario- sin costo y lo enviamos al Banco de Previsión Social. Eso no quiere decir que los pacientes vuelvan con nosotros, porque una vez que tienen el informe cuentan con un listado y tienen el derecho de acceder adonde quieran. Puede ocurrir que vuelvan con nosotros o no; en algunas oportunidades lo hacen y en otras no.

Creo que lo que sucede es que se piensa que nosotros tenemos tanta falta de ética que hacemos un informe que no es verdadero para obtener pacientes. Eso es algo muy doloroso y están siendo irrespetuosos con nuestra capacidad técnica, porque nadie obliga a un paciente a volver con la persona que le hizo el estudio. Creo que los 86 rechazos pasan por ahí: son de equis clínica y, entonces, no pueden volver porque esa clínica hizo el informe para que vuelvan como pacientes. Se me ocurre que esa podría ser una explicación. Sin embargo, habiendo más de cien clínicas en el Uruguay, ¿cómo es posible que de marzo a la fecha sólo se hable de 108 personas? Estaríamos hablando de un niño para cada uno de los centros, lo que obviamente sería una partida de defunción, porque con lo que supone la atención de un niño no se puede solventar, ni siquiera, un alquiler.

SEÑORA GUTIÉRREZ.- -Realmente no entiendo. Los niños a que se refiere el Banco de Previsión Social, ¿son niños que tienen mutualista?

SEÑOR PRESIDENTE.- No lo sabemos.

SEÑOR ANTÍA.- Aparentemente no.

SEÑORA GUTIÉRREZ.- El tema es el siguiente. Se supone que los niños que pertenecen al sistema del Banco de Previsión Social y no tienen mutualista, siguen siendo beneficiarios; pero la Resolución Nº 150 dice que los niños que tengan mutualista, aunque esta brinde el servicio con costos, no recibirán la ayuda especial. Quiere decir, entonces, que estos niños no tenían mutualista. ¿Por qué son pocos? Porque todos se fueron al mutualismo, y quienes hicieron esa opción saben que no pueden recurrir al Banco de Previsión Social, o al hacerlo se les dice que no tienen derecho, por lo que no realizan el trámite. Esos son los niños que ahora no están siendo atendidos y que nosotros atendíamos.

Queremos dejar en claro que creemos que se debe derogar la Resolución Nº 150, hasta tanto se instrumenten los mecanismos necesarios. Una vez instrumentados, sí podrá decirse que el Banco de Previsión Social sólo brinda el servicio a estos o aquellos. Sin embargo, esto lo determinó el Banco de Previsión Social antes de la reforma de la salud, previendo lo que iba a suceder. Reitero que esto debe quedar bien en claro.

A esta altura del año teníamos muchísimos ingresos, pero ahora no los estamos teniendo; sólo hay niños que ya estaban siendo atendidos y que se cambian de centro porque, por ejemplo, se

mudan de zona. No hay ingresos de niños que tengan mutualista. En los casos en que vinieron padres que anotaron a sus hijos en el mutualismo, les dijimos que fueran a pedir la ayuda y se la negaron. El número es reducido porque, como dije, los niños se fueron al mutualismo y a ellos no les corresponde la cobertura.

SEÑOR VAILLANT.- Quería hacer una referencia a lo mencionado por la señora Perztel. No tengo ninguna duda -ni razón para tenerla- sobre la ética de cada una de las instituciones que ustedes representan. Sin embargo, también debo decir que la ética no es algo que tengan todos los ciudadanos, ni todas las instituciones de este mundo. Por tanto -inclusive en este caso- hay quienes actúan con más o menos ética, y el deber del administrador es controlar que estos trámites se hagan correctamente. De lo que aquí se señala interpreto que, hasta hace un tiempo, existía un procedimiento que permitía que las propias instituciones -como las de ustedes- hicieran el diagnóstico que después era tenido en cuenta para otorgar la ayuda especial; de acuerdo con la información que poseemos, ahora el administrador -en este caso, el Banco de Previsión Social- dispuso que los psicodiagnósticos deben ser hechos por otras instituciones que no sean las que van a brindar el servicio. Esto es, justamente, en función de sentir que hay ética pero que ésta debe controlarse.

Creo que lo importante aquí está dado por los últimos elementos que se nos están aportando en torno a la Circular Nº 150 del Banco de Previsión Social, mediante la cual se excluye a todos los beneficiarios del sistema mutual; de esta manera, el servicio del Banco de Previsión Social sería exclusivo para aquellos que no estén amparados por el mutualismo. Si eso es así -lo que no está comprendido en las resoluciones a las que nosotros hacíamos referencia- parece claro que habría una serie de niños que, por el hecho de pertenecer al sistema mutual, aunque la mutualista a la que pertenecen no brinde el servicio, quedarían sin la posibilidad de cobertura en el sistema del Banco de Previsión Social. Este es un dato importante que puede explicar el volumen de 108 niños al que hacíamos referencia.

SEÑOR ANTÍA.- Los datos primarios que tenemos sobre inscripciones de niños en mutualistas nos hablan de que superan el 90%. Esto quiere decir que los niños que se han inscripto lo han hecho, casi todos, en mutualista, y aparentemente este es un camino sin retorno, debido a la Circular 150. Aquí hay algo que no funciona; parece ser que el sistema integral de salud no está contemplando los tratamientos adicionales. Está claro que esto no estaba previsto, porque las mutualistas han manifestado claramente que la cápita inventada no alcanza para brindar esos servicios. Entonces, sucede que hay un área de la salud que está siendo atendida con dificultad. Esto mismo sucedió con las emergencias. Creo que es importante que se hablen estas cosas, no para pasar cuentas políticas, sino para buscar soluciones. Actualmente, no está siendo reconocido dentro del sistema el costo adicional que generan estos tratamientos. De hecho, por lo que he interpretado aquí, han sido escasas las consultas de instituciones de asistencia médica colectiva por un relacionamiento con ustedes, con quienes podría darse un claro sistema de subcontrataciones. Eso no está funcionando; entonces, hay algo que el sistema no está previendo y creo que allí hay un defecto al que hay que encontrar una solución.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera pedir a nuestros invitados que redondeen el tema, ya que quisiéramos tener un poco de tiempo para intercambiar opiniones entre los integrantes de la Comisión sobre los caminos a seguir al respecto. Con este intercambio con ustedes nos hemos enriquecido de conocimientos, pero no hemos tomado una decisión.

SEÑORA PERZTEL.- Estaba recordando que en noviembre del año pasado, cuando nosotros denunciamos esta situación, la señora Senadora Xavier preguntó directamente al Director del Banco de Previsión Social si había niños sin atención a partir de esta situación. Ahora, un año después, estamos constatando que efectivamente hay niños que están quedando sin atención.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sin duda, a nuestros invitados les quedará claro que todos los integrantes de esta Comisión estamos preocupados por el tema, sobre todo porque ahora se genera un hecho que hemos impulsado desde el Gobierno, que es el pasaje masivo de jóvenes al sistema mutual. Esto tiene características particulares, que determinan que no resulte sencillo llegar a un neurólogo pediátrico o a un especialista vinculado al tema, en virtud de la escasez notoria de ese tipo de profesionales. Las instituciones de asistencia médica colectiva no pueden realizar los psicodiagnósticos porque no tienen

la capacitación ni los contratos suficientes para ello y, por lo tanto, nos encontramos con una severa dificultad de implementación de la cobertura brindada a ese grupo de población, que además constituye, ni más ni menos, el futuro del país. Asimismo, no hay que olvidar que estamos implementando medidas de las que, directa o indirectamente, somos responsables.

Por consiguiente, pedimos a nuestros invitados que nos permitan intercambiar ideas entre los miembros de esta Comisión, a los efectos de ver cómo seguimos adelante con este tema que, en lo personal, me genera muchísima preocupación.

SEÑOR ANTÍA.- Quiero dejar constancia de que me preocupa que frente a un tema tan delicado como este, que tiene que ver con el apoyo a personas que presentan ciertas discapacidades, un administrador público haya cancelado audiencias porque escuchó opiniones en contra. A mi juicio, eso es un disparate y una canallada.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 14 y 22 minutos.)